

Joanna Surmacka, Marek Motyka

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

Urazowe doświadczenia hospitalizacji

Traumatic experiences of hospitalization

STRESZCZENIE

Wstęp. Jednym z najczęstszych uczuć jakie towarzyszą pacjentom hospitalizowanym jest lęk. Pacjenci boją się niekorzystnej diagnozy i złego rokowania, bólu, konieczności zmiany planów, konfrontacji z nieznanym, zależności, niesprawności, a czasem nawet śmierci. Ograniczanie aktywności zawodowej personelu medycznego do czynności instrumentalnych może pogłębiać lęk pacjentów, a w konsekwencji zakłócać proces zdrowienia. W przypadku braku psychicznego wsparcia i empatii ze strony personelu medycznego, chory jest narażony na liczne doświadczenia o charakterze urazowym.

Cel. Prezentowane opracowanie ma na celu określenie wielkości i charakteru różnic w ocenie zdarzeń związanych z hospitalizacją dokonywanej przez pacjentów oraz dokonywanej przez personel pielęgniarski szpitala.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 102 pacjentów hospitalizowanych na oddziałach internistycznych kilku krakowskich szpitali oraz grupę 103 pielęgniarek, studiujących zaocznie, na II stopniu kierunku pielęgniarskiego na Wydziale Nauk o Zdrowiu UJ CM. Jako metodę badań zastosowano sondaż diagnostyczny, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki i wnioski. Opracowanie prezentuje wyniki przeprowadzonych badań wskazujących na stosunkowo dużą świadomość badanych pielęgniarek co do potencjalnego niebezpieczeństwa, jakie łączy się ze złą komunikacją z pacjentem.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (1): 68–73

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska; komunikowanie się; stres; hospitalizacja

ABSTRACT

Introduction. Anxiety is one of the most common feelings experienced by hospitalised patients. Patients are afraid of unfavourable diagnosis, poor prospects, pain, the necessity to change their plans or confront the unknown, as well as the threat of becoming dependent, disabled or even dying.

Limiting the professional activities of medical personnel to instrumental operations may contribute to patients' anxiety, consequently disturbing the healing process. Furthermore, when patients do not receive psychological support or empathy from medical professionals, they become exposed to numerous traumatic experiences.

Aim. The aim of this study is to determine the scale and the nature of differences between the assessment of hospitalisation-related stressful events by patients and the nursing staff.

Material and methods. The study covered the group of 102 patients staying at internal medicine wards in several different hospitals in Kraków, as well as group 103 nurses. They were second-degree students attending nursing part-time studies at the Jagiellonian University Collegium Medicum. The applied research method was a diagnostic survey based on an original questionnaire.

Results and conclusions. The study presents the results of the conducted survey, which indicated that the nurses are keenly aware of potential threats related to poor communication with the patient.

Nursing Topics 2014; 22 (1): 68–73

Key words: nursing; communication; stress; hospitalisation

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Marek Motyka, Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków, tel. kom.: 509 632 413, e-mail: marek.motyka@uj.edu.pl

Wstęp

Choroba i pobyt w szpitalu stanowią sytuację trudną [1, 2], która w niektórych przypadkach może nabrać urazowego charakteru. Spostrzeganie incydentów związanych z hospitalizacją jako doświadczeń urazowych uzależnione jest zarówno od cech danego zdarzenia, jak i od perspektywy, z której spogląda na nie pacjent oraz perspektywy, z której daną sytuację postrzega personel pielęgniarski. Jednym z poważnych powodów niezadowolenia z opieki medycznej jest znaczna rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami pacjentów a oczekiwaniami osób sprawujących nad nimi opiekę [3, 4]. Zarówno pacjenci, jak i personel medyczny mogą odmiennie postrzegać aspekty tej samej sytuacji w zależności od wcześniejszych doświadczeń, różnic osobowościowych, posiadanych umiejętności, a przede wszystkim w zależności od roli jaką odgrywają (rola chorego — rola udzielającego pomocy).

Jednym z najczęstszych uczuć jakie towarzyszą pacjentom hospitalizowanym jest lęk. Jest to między innymi lęk przed niekorzystną diagnozą, pogorszeniem się stanu zdrowia, bólem, koniecznością zmiany ważnych, życiowych planów, przed zależnością, niesprawnością, utratą kontroli nad sytuacją, a nierzadko także lęk przed śmiercią.

W tym kontekście zrozumiałe jest, że każda poważna choroba, a także pobyt w szpitalu powodują u pacjenta stres. Jeśli do stresu choroby dochodzą ponadto sytuacje, w których ważne, emocjonalne potrzeby pacjenta są ignorowane, stres ten może się nasilać, wzmacniany przez lęk, uczucia złości lub bezradności i żalu, a w konsekwencji przez brak zaufania do pracowników opieki zdrowotnej.

Spotykane czasem ograniczanie aktywności zawodowej lekarzy i pielęgniarek wyłącznie do czynności instrumentalnych potęguje negatywne uczucia pacjentów, a w konsekwencji zakłóca proces zdrowienia. W pracy z pacjentem personel medyczny, często z tak zwanych przyczyn obiektywnych, nie uwzględnia w dostateczny sposób szeroko pojętego wsparcia psychicznego i komunikacji terapeutycznej. W warunkach, w których brak jest przestrzeni dla nawiązania działającego terapeutycznie kontaktu z pacjentem, komunikacja z nim, stosunkowo łatwo nabrać może urazowego charakteru. Wówczas środowisko szpitalne, które z założenia powinno oddziaływać terapeutycznie na pacjentów, staje się środowiskiem urazowym.

Warto podkreślić, że do błędów medycznych należy zaliczyć nie tylko uchybienia w zakresie korzystania z posiadanej wiedzy i umiejętności medycznych, lecz także zaniedbania w zakresie przestrzegania praw pacjenta, w zakresie postawy etycznej, czy w zakresie prawidłowej komunikacji z chorym [5]. Ta grupa błędów, szczególnie mocno wiąże się z takimi

nieprawidłowymi postawami wobec pacjenta, jak na przykład błąd „naukowej obiektywności”, „sędziego”, czy „maski” [6]. Błędy tego rodzaju wydają się być najczęściej spowodowane brakiem świadomości ogromnego znaczenia, jakie dla pacjenta mogą mieć pewne zachowania członków personelu medycznego, czy też pewne cechy sytuacji pacjenta. Dla zweryfikowania tego przypuszczenia podjęto badania obejmujące zarówno pielęgniarki, jak i pacjentów.

Cel pracy

Biorąc pod uwagę wspomniane przypuszczenie co do ignorowania emocjonalnych potrzeb pacjentów przez personel medyczny, postanowiono przeprowadzić badania mające na celu określenie wielkości i charakteru różnic w ocenie różnych zdarzeń (potencjalnie urazowych), związanych z hospitalizacją, dokonywanej przez pacjentów oraz personel pielęgniarski szpitala (porównanie dwóch perspektyw spojrzenia na sytuację hospitalizacji).

Główne problemy badawcze sformułowano w formie następujących pytań:

- Czy pielęgniarki mają świadomość potencjalnej urazowości różnych negatywnych zdarzeń towarzyszących hospitalizacji, związanych ze sposobem komunikowania się pacjent–personel medyczny?
- Jakie negatywne zdarzenia towarzyszące hospitalizacji, związane ze sposobem komunikowania się w relacji pacjent–personel medyczny, chorzy spostrzegają jako potencjalnie urazowe, a jakie doświadczenia spostrzegają w ten sposób pielęgniarki?

W nawiązaniu do pierwszego pytania postawiono hipotezę badawczą, zgodnie z którą pacjenci zdecydowanie częściej interpretują różne doświadczenia związane z hospitalizacją jako potencjalnie urazowe w porównaniu z pielęgniarkami, które mają mniejszą zdolność dostrzegania wspomnianych zdarzeń, a tym samym mniejszą świadomość ich potencjalnej urazowości.

Materiał i metody

Badaniami objęto dwie grupy osób, czyli grupę pacjentów krakowskich szpitali, (102 osoby) leczonych na oddziałach wewnętrznych oraz grupę pielęgniarek, studentek studiów niestacjonarnych II stopnia kierunku pielęgniarskiego, Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa WOZ CM UJ (103 osoby). W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Opracowano dwa równoważne kwestionariusze ankiet: jeden przeznaczony dla pacjentów, drugi dla pielęgniarek.

Poszczególne kwestionariusze zawierały, opracowane na podstawie wcześniejszych badań [7],

zestawienie krótkich opisów potencjalnie urazowych sytuacji, z jakimi mogą się zetknąć pacjenci podczas hospitalizacji.

Przed rozpoczęciem badań uzyskano stosowną zgodę Komisji Bioetycznej UJ nr KBET/149/B 2004.

Wyniki

Uzyskane w badaniu wyniki przedstawiono w tabeli 1. Zawiera ona zestawienie zaznaczonych przez pacjentów oraz przez pielęgniarki zdarzeń uznanych za potencjalnie urazowe związanych z trudnościami w komunikowaniu się z personelem medycznym.

Świadomość potencjalnej urazowości negatywnych zdarzeń towarzyszących komunikowaniu się pacjent–personel medyczny w grupie pacjentów i w grupie pielęgniarek

Jak wynika z zestawienia zawartego w tabeli 1, porównanie dostrzegania różnych, potencjalnie negatywnych zdarzeń, związanych ze sposobem komunikowania w relacjach pacjent–personel medyczny, wskazuje że pielęgniarki dużo częściej oceniają tego typu zdarzenia jako potencjalnie urazowe w porównaniu z pacjentami. Różnice te są w zdecydowanej większości przypadków wysoce istotne statystycznie. Z danych tych wynika, że personel pielęgniarski, bardziej krytycznie od pacjentów ocenia środowisko szpitala pod kątem występujących w nim sytuacji potencjalnie urazowych. Świadczy to, wbrew postawionej hipotezie o stosunkowo dużej świadomości i wyczuleniu badanych pielęgniarek na potencjalne niebezpieczeństwo jakie łączy się z uchybieniami w dobrej komunikacji z pacjentem. Wynik ten wydaje się dość zaskakujący w zestawieniu z obserwacjami czerpanymi z codziennych doświadczeń kontaktu ze światem medycyny, gdzie zdaje się dominować zdecydowanie instrumentalne podejście do pacjenta.

Rodzaje najbardziej urazowych zdarzeń towarzyszących komunikowaniu się pacjent–personel medyczny w opiniach pacjentów i pielęgniarek

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 1 hospitalizowani pacjenci najczęściej (co najmniej 50% badanych) dostrzegali podczas pobytu w szpitalu takie zdarzenia (zachowania personelu medycznego w kontakcie z pacjentem), jak:

- okazywanie zniecierpliwienia pacjentowi (66%);
- nadmierny pośpiech w trakcie udzielania pacjentowi wyjaśnień (66%);
- posługiwanie się w rozmowie z pacjentem niezrozumiałą terminologią medyczną (66%);
- brak dostatecznych informacji na temat choroby (65%);

- nie zwracanie uwagi na to czy pacjent rozumie przekazywane mu informacje i zalecenia (63%);
- wydawanie pacjentom zaleceń bez zainteresowania trudnościami w ich spełnieniu (61%);
- brak zainteresowania stanem psychicznym pacjenta po przekazaniu mu złych wiadomości (58%);
- nietaktowne i/lub niegrzeczne zwracanie się do pacjenta (58%);
- brak informacji na temat planowanych i wykonywanych zabiegów diagnostyczno-leczniczych (55%);
- przekazywanie pacjentowi złych informacji dotyczących stanu zdrowia bez psychicznego wsparcia (50%);
- ignorowanie pytań pacjentów (50%);
- straszenie pacjentów konsekwencjami nie stosowania się do zaleceń (50%).

Jak łatwo zauważyć, wyżej wymienione zdarzenia dotyczą dwóch zasadniczych błędów związanych z komunikacją z chorym. Pierwszy polega na braku potrzebnych informacji (brak dostatecznych informacji dotyczących choroby i leczenia oraz przekazywanie ich w sposób mało zrozumiały dla pacjenta), natomiast drugi dotyczy przedmiotowego stosunku do pacjenta (przekazywanie informacji pośpieszenie, w sposób mało empatyczny, mało troskliwy i mało wspierający, pomijający emocjonalną sytuację pacjenta i jego emocjonalne potrzeby, okazywanie zniecierpliwienia, braku zainteresowania i szacunku, braku wsparcia, lekceważenie zadawanych pytań i straszenie).

Podobna, choć nieco dłuższa lista powstaje, jeśli zostaną uwzględnione najczęściej (co najmniej 50% badanych) wymieniane przez pielęgniarki zdarzenia o potencjalnie urazowym znaczeniu. Są to:

- okazywanie zniecierpliwienia pacjentowi (93%);
- nadmierny pośpiech podczas udzielania pacjentowi wyjaśnień (93%);
- brak dostatecznych informacji na temat choroby (90%);
- posługiwanie się w niezrozumiałą terminologią medyczną (84%);
- nie zwracanie uwagi na to czy pacjent zrozumiał przekazywane mu zalecenia (83%);
- krytykowanie; ocenianie i obwinianie zamiast wysłuchania pacjenta (78%);
- nietaktowne i/lub niegrzeczne zwracanie się do pacjenta (77%);
- straszenie pacjentów konsekwencjami nie stosowania się do zaleceń (76%);
- brak zainteresowania stanem psychicznym pacjenta po przekazaniu mu złych wiadomości (73%);
- moralizowanie oraz pouczenie pacjentów, bez liczenia się z ich uczuciami (73%);
- przekazywanie złych informacji bez psychicznego wsparcia (70%);

Tabela 1. Trudności w komunikowaniu się z chorym**Table 1.** Difficulties in communication with patient

Lp.	Zdarzenie potencjalnie negatywne	Pacjenci		Personel Pielęgniarski		Chi ² Pearsona
		Tak	Nie	Tak	Nie	
1.	Brak informacji na temat choroby	66 (64,71%)	36 (35,29%)	93 (90,29%)	10 (9,71%)	0,00
2.	Brak informacji na temat planowanych i wykonywanych zabiegów diagnostyczno-leczniczych	56 (54,90%)	46 (45,10%)	71 (68,93%)	32 (31,07%)	0,03
3.	Posługiwanie się w rozmowie z pacjentem fachową terminologią medyczną, która nie zawsze jest zrozumiała dla pacjenta	67 (65,69%)	35 (34,31%)	87 (84,47%)	16 (15,53%)	0,00
4.	Personel przekazuje pacjentowi złe informacje (np. dotyczące stanu zdrowia) bez psychicznego wsparcia	51 (50,00%)	51 (50,00%)	72 (69,90%)	31 (30,10%)	0,00
5.	Przekazywanie przykrych bądź krępujących informacji w obecności innych pacjentów	47 (46,08%)	55 (53,92%)	67 (65,05%)	36 (34,95%)	0,00
6.	Nadmierny pośpiech personelu w trakcie udzielania pacjentowi wyjaśnień	67 (65,69%)	35 (34,31%)	96 (93,2%)	7 (6,80%)	0,00
7.	Personel nie zwraca uwagi czy pacjent zrozumiał przekazywane mu informacje, zalecenia	64 (62,75%)	38 (37,25%)	85 (82,52%)	18 (17,48%)	0,00
8.	Personel nie odpowiada na zadawane przez pacjenta pytania (ignoruje je)	51 (50,00%)	51 (50,00%)	58 (56,31%)	45 (43,69%)	0,32
9.	Personel krytykuje, sądzi i/lub obwinia pacjenta, a nie stara się wysłuchać jego racji	48 (47,06%)	54 (52,94%)	80 (77,67%)	23 (22,33%)	0,00
10.	Brak zainteresowania stanem psychicznym pacjenta po przekazaniu mu złych wiadomości	59 (57,84%)	43 (42,16%)	75 (72,82%)	28 (27,18%)	0,02
11.	Personel wydaje pacjentom polecenia i/lub zalecenia, nie interesując się trudnościami związanymi z ich spełnieniem	62 (60,78%)	40 (39,22%)	70 (68,63%)	32 (31,37%)	0,24
12.	Personel straszy pacjentów konsekwencjami nie stosowania się do ich zaleceń	51 (50,00%)	51 (50,00%)	78 (75,73%)	25 (24,27%)	0,00
13.	Personel reaguje na zachowania pacjenta głoszeniem „kazań”, pouczanie go, moralizowaniem, nie licząc się z przykrymi uczuciami pacjentów	48 (47,06%)	54 (52,94%)	75 (72,82%)	28 (27,18%)	0,00

Tabela 1. C.d.

Lp.	Zdarzenie potencjalnie negatywne	Pacjenci		Personel Pielęgniarski		Chi ² Pearsona
		Tak	Nie	Tak	Nie	
14.	Okazywanie zniecierpliwienia w kontaktach z pacjentem	67 (65,69%)	35 (34,31%)	96 (93,20%)	7 (6,80%)	0,00
15.	Personel żartuje lub wyśmiewa lęki i obawy pacjenta	33 (32,35%)	69 (67,65%)	38 (36,89%)	65 (63,11%)	0,49
16.	Nietaktowne i/lub niegrzeczne zwracanie się do pacjenta	59 (57,84%)	43 (42,16%)	79 (76,70%)	24 (23,30%)	0,04
17.	Zwracanie się do starszych pacjentów per „dziadku” i „babciu” bez wcześniejszego przyzwolenia na to z ich strony	44 (43,14%)	58 (56,86%)	71 (68,93%)	32 (31,07%)	0,00

- brak informacji na temat planowanych i wykonywanych zabiegów diagnostyczno-leczniczych (70%);
- zwracanie się do starszych pacjentów per „dziadku” i „babciu” bez wcześniejszego przyzwolenia na to z ich strony (69%);
- wydawanie zaleceń bez interesowania się trudnościami związanymi z ich spełnieniem (69%);
- przekazywanie przykrych bądź krępujących informacji w obecności innych pacjentów (65%);
- ignorowanie pytań pacjentów (56%).

Jak wynika z kolejnego, prezentowanego tu zestawienia, większość badanych pielęgniarek zaliczyła do zdarzeń potencjalnie urazowych znacznie więcej sytuacji niż uczynili to pacjenci. Należą one do tych samych dwóch grup błędów związanych z komunikowaniem się, czyli błędów polegających na niedoinformowaniu pacjenta lub błędów polegających na niewłaściwym stosunku do pacjenta (brak empatii i wsparcia, brak szacunku i nie liczenie się z jego uczuciami i potrzebami). Bardziej obszerna lista zdarzeń ocenionych jako potencjalnie urazowe potwierdza świadomość badanych pielęgniarek co do potencjalnego niebezpieczeństwa popełnienia błędu podczas komunikacji z pacjentem.

Dyskusja

Na podstawie uzyskanych danych widać, że bardziej krytycznie od pacjentów postrzega środowisko szpitala personel pielęgniarski. Przemawia to za świadomością tej grupy zawodowej, co do zagrożeń jakie niesie dla pacjentów środowisko szpitala. Nasuwa się tu pytanie, dlaczego pomimo świadomości niekorzystnego działania urazowych zachowań na samopoczucie i stan zdrowia pacjentów, zachowania

te są stosunkowo często powtarzane w trakcie opieki nad chorym?

Wydaje się, że sama świadomość pielęgniarek co do możliwości popełnienia błędu podczas kontaktu z chorym nie wystarcza, aby chronić pacjenta i siebie przed tego typu błędami. Kontakt z pacjentem łączy się często z trudnymi sytuacjami dla obu stron, a ich przezwyciężenie wymaga stosownych kompetencji komunikacyjnych [8]. Sztuka terapeutycznej komunikacji, w tym sztuka udzielania pacjentom psychicznego wsparcia, łączy się nie tylko z wrażliwością na potrzeby pacjentów, ale także z umiejętnością adekwatnego reagowania na te potrzeby oraz umiejętnością radzenia sobie z własnymi emocjami, podobnie jak z emocjami osób pielęgowanych. Z jednej strony potrzebna jest otwarta i empatyczna postawa wobec pacjenta, a z drugiej stanowczość i umiejętność asertywnego stawiania wymagań. Wymaga to odpowiednich szkoleń i treningów, zarówno w okresie przed, jak i podyplomowym.

Należy zwrócić uwagę, że sama świadomość możliwości popełnienia błędu w kontakcie z pacjentem, przy braku posiadania stosownych kompetencji komunikacyjnych, paradoksalnie, może stanowić silne źródło stresu zawodowego, sprzyjając pojawianiu się tego typu błędów. Mogą one polegać na przykład na unikaniu kontaktu z pacjentem bądź na komunikowaniu się z nim w sposób obronny, albo ignorowaniu jego emocjonalnych potrzeb, na które nie wiadomo jak reagować. Co więcej świadomość błędów, które stosunkowo łatwo można dostrzec u kogoś drugiego, nie oznacza automatycznie dostrzegania tych samych błędów popełnianych przez siebie. Dlatego też uzyskane wyniki należy traktować z pewną ostrożnością, pamiętając, że w przypadku pielęgniarek dotyczą one bardziej „teoretycznej” świadomości popełnienia błędu niż świadomości „praktycznej” pojawiającej

się w momencie własnego, rzeczywiście błędnego postępowania.

Przeprowadzone badania należałoby powtórzyć w grupie pielęgniarek pracujących, lecz niestudujących, aby uzyskać pewność, że świadomość niebezpieczeństw związanych z błędami w komunikowaniu się z pacjentem cechuje również te pielęgniarki, które nie podjęły studiów magisterskich. Planowane jest podjęcie stosownych badań, niemniej jednak wydaje się, że uzyskane dotąd wyniki zasługują na uwagę.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonego badania pokazały jednoznacznie, że personel pielęgniarski dostrzega problem sytuacji mogących działać urazowo na pacjenta. Wielu niekorzystnie oddziałujących na stan psychiczny pacjenta sytuacji, opisanych w niniejszym opracowaniu można uniknąć przez stosowanie w opiece nad pacjentem komunikacji terapeutycznej [1]. Wymaga to udoskonalenia obecnego systemu szkoleń dotyczących umiejętności interpersonalnych potrzebnych w tego typu komunikacji. Lepsze przygotowanie zawodowe dotyczące komunikacji

terapeutycznej z pacjentem przekładać się będzie w sposób niewątpliwy na wzrost satysfakcji z leczenia i pielęgnowania zarówno pacjentów, jak i personelu pielęgniarskiego.

Piśmiennictwo

1. Motyka M. Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej. Wydawnictwo UJ, Kraków 2011.
2. Motyka M., Lickiewicz J. Sytuacje trudne w pracy pielęgniarek wybranych oddziałów szpitalnych. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2013; 44 (3): 21–26.
3. Gordon T., Edwards S. Pacjent jako partner. PAX, Warszawa 1999.
4. Korsch B., Harding C. Świadomy pacjent. Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
5. Marek Z. Błąd medyczny. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007.
6. Kępiński A. Rytm życia. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1972.
7. Surmacka J. Błędy jatrogenne w środowisku szpitala. Praca magisterska niepublikowana, CMUJ, Kraków 2001.
8. Motyka M., Surmacka J., Góral M. Psychology in nursing journals. W: Jaworek J., Zalewska-Puchała J., Wilczek-Rużyczka E., Radzik T. (red.). *Interdisciplinary research in nursing. Past and present*. University Medical Publisher Vesalius, Kraków 2011: 235–238.